

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

98

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Moïse GOULET

Né le 27 Janvier 1907 à Liévin (Pas-de-Calais)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

des

MYOSITES STAPHYLOCOCCÉMIQUES

Président : M. LENORMANT, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1935

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551623_0006

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Moïse GOULET

Né le 27 Janvier 1907 à Liévin (Pas-de-Calais)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

des

MYOSITES STAPHYLOCOCCÉMIQUES

Président : M. LENORMANT, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1935

LE DOYEN : G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	PROUST.
Physiologie.....	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET
Clinique médicale	BEZANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale.....	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique.....	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologie.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	N...
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.
ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
BENARD (Henri) Pathologie médicale.
BERNARD (E.) Pathologie médicale.
BOULIN..... Pathologie médicale.
BROCQ..... Pathologie chirurgicale
BULLJARD..... Histologie.
CATHALA..... Pathologie médicale.
CHABROL..... Pathologie médicale.
CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
DOGNON..... Physique.
DONZELOT.... Pathologie médicale.
FEY..... Urologie.
GALLIARD..... Parasitologie.
GASTINEL..... Bactériologie.
GATELLIER... Pathologie chirurgicale
DE GAUDART D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
GAYET..... Physiologie.
GIROUD..... Histologie.
HAGUENEAU... Pathologie médicale.
HALPHEN..... Oto-rhino Laryng.
HAZARD..... Pharmacologie.
HUGUENIN.... Anatomie pathologique
JOANNON..... Hygiène.
LABBE (Henri). Chimie biologique.
LACOMME..... Obstétrique.
LANTUEJOUL. Obstétrique.

MM-
LAROCHE (Guy) Pathologie médicale
LEMAIRE..... Pathologie expérimentale.
LEVEUF..... Pathologie chirurgicale
Mlle J. LEVY.. Pharmacologie.
LEVY-VALENSI Neurologie et Psychiatrie.
MOREAU..... Pathologie médicale.
MOULONGUET. Pathologie chirurgicale
MOUQUIN..... Pathologie médicale.
OBERLING.... Anatomie pathologique
PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale
PIEDELIEVRE.. Médecine légale.
PORTES..... Obstétrique.
QUENU..... Pathologie chirurgicale
RICHET..... Physiologie.
SANNIE..... Chimie biologique.
SENEQUE..... Pathologie chirurgicale
SEZARY..... Dermatologie et syphiligraphie.
TROISIER.... Pathologie expérimentale
TURPIN..... Pathologie médicale.
VALLERY-RADOT
 (Pasteur) ... Pathologie médicale.
VELTER..... Ophtalmologie.
VIGNES..... Obstétrique.
WILMOTH.... Pathologie chirurgicale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.
ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale
BUSQUET..... Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.
LEROUX..... Anatomie pathologique
NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
ZIMMERN..... Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.
 ABRAMI..... Clinique médicale.
 AUBERTIN..... Clinique médicale.
 BRULE..... Clinique médicale.
 CHIRAY..... Clinique médicale.
 DUVOIR..... Clinique médicale.
 HARVIER..... Clinique médicale.
 LIAN..... Clinique médicale.

MM.
 GUENIOT..... Clinique obstétricale.
 LE LORIER..... Clinique obstétricale.
 LEVY-SOLAL... Clinique obstétricale.
 METZGER..... Clinique obstétricale

MM.
 BASSET..... Clinique chirurgicale.
 CADENAT..... Clinique chirurgicale.
 HEITZ-BOYER.. Clinique chirurgicale
 MOCQUOT..... Clinique chirurgicale.
 MOURE..... Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ.... Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé..... Education Physique.
 FREY..... Stomatologie.
 LEDOUX-LEBARD..... Radiologie clinique.
 WEILL-HALLE..... Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A TOUS LES MIENS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LENORMANT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

*Qui a bien voulu nous faire
l'honneur d'accepter la pré-
sidence de cette thèse.*

A TOUS MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MON MAITRE
MONSIEUR LE DOCTEUR JACQUES RECAMIER

*Qui nous a accordé une si
généreuse hospitalité dans son
service.*

AU DOCTEUR PIERRE NEIS

AVANT PROPOS

M. le Professeur Lenormant déclarait que nous n'attachions pas assez d'importance à la pathologie du muscle. Comment ne pas approuver, si on pense au volume et à l'importance de cet organe dans notre économie. Il suffit d'évoquer les répercussions multiples de la déficience des fonctions musculaires (il faudrait nommer la foule des maux des sédentaires) pour être pénétré de cette vérité.

Nous attachant à un chapitre de cette question, celui des myosites staphylococcémiques, nous rassemblerons le plus possible d'observations, tout en exprimant le regret qu'un grand nombre soient incomplètes.

Nous ne pouvons en effet affirmer l'existence d'une myosite (M. Lenormant insiste sur ce point essentiel) s'il n'y a pas contrôle anatomo-pathologique de l'atteinte de la fibre striée. On élimine ainsi les supurations périmusculaires du tissu cellulaire de « remplissage ».

Néanmoins, à côté des observations complètes avec examen histologique, nous publierons les autres cas moins sûrs, dans la mesure où ils peuvent éclairer la question de la staphylococcémie, dont il est impossible de séparer la myosite.

APERÇU HISTORIQUE

L'histoire des myosites staphylococcémiques se confond à son origine avec celle des myosites aiguës. Après les découvertes de Pasteur, quelques auteurs eurent le sentiment de l'existence d'un rapport entre le microbe du furoncle, de l'ostéomyélite et certaines myosites, mais Brunon, dans sa thèse (1887) déclarait en parlant de Scriba à propos d'examen de pus de myosites supposées staphylococcémiques « son examen a été négatif comme le nôtre ; à notre connaissance, personne n'a encore retrouvé dans un abcès musculaire le microbe de l'ostéomyélite que Fédor Krause a isolé et cultivé et qu'il regarde comme déterminant une maladie infectieuse se localisant surtout dans les muscles, les articulations, les os et les reins ».

C'est donc Fédor Krause qui trouva et affirma le premier la présence du staphylocoque dans le muscle.

Néanmoins, Scriba et Brunon ont bien souligné dans leurs observations, les rapports des myosites et des furunculoses. Myake, Honsell, Holm en pro-

duisirent quelques cas et plus récemment Matignon dans sa thèse (1922), en publiait un autre du service de M. Carnot.

Les lésions génératives des muscles ont été étudiées par Hayem, Zenker, Valdeyer, Hoffmann, Virchow, Berheim. Waldayer a même pu reproduire les lésions dans le muscle.

Mais il faut arriver à ces dernières années pour retrouver une étude clinique méthodique des myosites.

Abrami et Worms n'en parlent que pour opposer la bénignité et la fréquence des myosites à staphylocoques à la rareté et à la gravité des myosites à streptocoques qui retient toute leur attention.

En 1931, M. Cathala Megnien et Strée publient un cas mortel de myosite suraiguë à staphylocoques.

Le 9 novembre 1932, M. le Professeur Lenormant, par son rapport à la société nationale de chirurgie, donnait une impulsion nouvelle à l'étude de la question et mettait en lumière l'existence de myosites staphylococcémiques à évolution torpide.

OBSERVATIONS

Observation n° 1. — Scriba de Tokio.

Le 17 janvier 1884, Takenaka, étudiant en médecine, 19 ans, eut un petit furoncle de la nuque.

Le 28, ouverture, tout va bien.

Dans la nuit du 31 janvier, vives douleurs dans le coude gauche et la cuisse droite, et deux à trois jours après dans la cuisse gauche, avec une température de 38° 5.

Extension du bras très douloureuse, induration au niveau du brachial antérieur, Le gonflement augmente dans les deux jours qui suivent, immobilisant le bras en demi-flexion. Douleurs vives empêchant de dormir.

A l'examen, le brachial antérieur avait conservé sa forme; mais il est trois à quatre fois plus épais qu'à l'ordinaire.

Tout attouchement était très douloureux. Dans le vaste externe gauche, épaissement également très douloureux ainsi que dans le vaste externe droit.

Les parties voisines avaient une consistance tout à fait normale et étaient indolores.

Vers le 20 février, après application de pansements humides phéniques, les douleurs ont disparu. La tuméfaction au niveau des muscles était encore considérable. L'absence de douleur permet de constater que le siège véritable de l'affection était au niveau du muscle.

Petit à petit, la tuméfaction et la contracture ont disparu et les fonctions des muscles atteints étaient complètement rétablies.

Observation n° 2. — Scriba.

Kashiba Giùpia, 33 ans, 8 janvier 1884. Petit furoncle à la partie externe du genou gauche, le 15 ouverture spontanée. Le 16 février, frissons et gonflement au côté interne de la cuisse droite et sur le grand pectoral droit.

10 jours après la fièvre reprend. Entrée à l'hôpital.

15 février, le grand pectoral est dur dans sa partie moyenne, il a « 4 ou 5 fois » son volume normal, il conserve sa forme, on sent sa tuméfaction diminuer de volume et se continuer en dedans et en dehors avec les faisceaux d'insertion.

La peau est normale et mobile.

Palpation et mouvements communiqués sont très douloureux dans le troisième adducteur.

La cuisse est le siège d'un gonflement dur ayant la forme du muscle et se distinguant nettement des

parties voisines. Température matin 39° à 40°. Température soir : 37°6 à 38°6, onguent napolitain, compresses phéniquées.

Le 21, le gonflement augmente dans le grand pectoral et la fluctuation y apparaît, l'incision évacue une grande quantité de pus; on extirpe en même temps un fragment de muscle d'aspect pâle formant les parois de la cavité de l'abcès.

La fièvre persistant malgré l'absence de fluctuation on fait une nouvelle incision et de nouveau on évacue une grande quantité de pus. La guérison se fait sous les pansements antiseptiques. L'usage du membre supérieur revint complètement. Le 28 mars, à la sortie, il présente une légère difficulté dans l'adduction de la cuisse.

Observation n° 3. — Myosite du troisième adducteur.
(Brunon, thèse, 1887)

Sheraiski 17 ans, marchand:

Vers le 15 août 1884, furoncle très douloureux au côté dorsal de l'avant bras.

Pendant que le furoncle était en voie de guérison, survint la fièvre et une infiltration douloureuse au côté interne de la cuisse gauche.

27 septembre. Entrée à l'hôpital. Homme robuste. A l'endroit désigné, tumeur dure et volumineuse n'adhérant ni à la peau ni aux os. Ayant la forme du

troisième adducteur, présentant quatre fois le volume normal du muscle.

Palpation et mouvements extrêmement douloureux.
Température du soir 37°5 à 38°5, le matin normale.

Le malade pouvait marcher avec une canne, mais la marche était très douloureuse, la cuisse était en flexion et abduction. L'attitude étant fixe par contracture musculaire, guérison en 3 semaines, onguent napolitain, compresses phéniquées.

Observation n° 4. — Myake. Beitr. Keuntries der zog Myositis infectiosa. (orenzgebies der Med. U. chir. T. XIII, 100-11).

Kida, 24 ans, matelot, entre à l'hôpital le 23 mars 1901. La maladie a commencé trois jours avant par des frissons accompagnés de température. Puis est apparu, à la cuisse droite, un gonflement intensément douloureux qui siège à la face postérieure.

Température actuelle : 38°, pouls à 82.

A la partie postéro-supérieure de la cuisse, on remarque une infiltration diffuse. La peau est normale. Dans la profondeur du muscle biceps fémoral, on peut palper une tumeur dure. Pas de possibilité d'extension de la jambe sur la cuisse.

Le 4 avril, incision de la plaie et drainage.

Prompte guérison après une semaine.

Mjake ajoute qu'il s'agit bien de myosite à sta-

philocoque, car le matelot a présenté un furoncle quelques jours avant, ce qui constitue une excellente porte d'entrée.

Observation n° 5. — (Thèse Matignon, Paris, 1921)

Le 4 mai 1921, B..., entre salle Gosselin pour une tuméfaction de la cuisse gauche. Antécédents : La maladie remonte à fin mars, date où le malade s'est fait une légère blessure au pouce droit qui s'est terminée par un panaris.

Quinze jours après le début du panaris, le malade a commencé à souffrir de la cuisse gauche. La douleur siège au niveau du tiers moyen : elle est calmée par le décubitus et exagérée par la marche qui devient bientôt impossible. Légère température.

Le 4 mai, à l'hôpital Beaujon, le malade à une température oscillant entre 37°6 et 38°5. Au niveau du pouce droit on trouve une fistule qui, explorée au stylet, conduit à une phalange nécrosée.

La mobilisation de la cuisse éveille une vive douleur. La tuméfaction à ce niveau est énorme, mal limitée. Les téguments sont rosés.

A la palpation, on constate un œdème dur, rouge, indolore, se prolongeant vers la jambe. Pas de ganglions dans le triangle de Scarpa. La palpation profonde fait sentir un quadriceps dur, indépressible, douloureux. Pas de fluctuation. L'exploration du

fémur est impossible ; en présence d'un tel malade, on fut loin de penser dans le service du professeur Carnot à une myosite, on songea plutôt à un abcès profond ou à une ostéomyélite. Heureusement, la chirurgie vint préciser le diagnostic.

Intervention le 1^{er} mai : après section de plans superficiels on incise le vaste externe qui se présente sous l'aspect de jambon fumé. Le muscle est friable et dur à la fois. A la coupe, il est nettement formé de travées blanchâtres enserrant des flots de fibres musculaires décolorées. Un fragment est prélevé pour examen.

Le fémur exploré paraît sain.

Examen biopsique : lésions de dégénérescence fibreuse et inflammatoire. Fibres musculaires d'apparence normale, perdues au milieu de gros trousseaux de tissus fibreux adultes. Au milieu de ces trousseaux on trouve des axes vasculaires entourés d'une zone d'infiltration leucocytaire à cellules rondes. Signature de l'inflammation.

Suites opératoires : la plaie se répare lentement. Le quadriceps reste dur au palper. La température continue à osciller entre 37°5 et 38°5.

Le 29 mai, apparition d'une orchite à gauche.

Le 1^{er} juin, il s'y ajoute une vaginalite.

Le 2 juin, apparition d'un hygroma du coude gauche.

Le 4 juin, température 39°, vomissements abondants.

Le 9 juin, malade pâle et fatigué. Pouls à 120 rapide et petit ; on recueille aseptiquement les urines qui après centrifugation, permettent de déceler du staphylocoque doré.

Le 8 juin, purpura léger.

Le 9 juin, diarrhée abondante et fétide qui devient noirâtre le lendemain.

Le 11 juin, diarrhée sanglante, pouls misérable et mort dans la soirée.

Observation n° 6. — Villaret, Bezançon, Fauvert, Bull. Soc. Med. Hôp. Paris, 1926, p. 477.

Chez un bacillaire de 27 ans avec un état général relativement bon, apparaît une furonculose étendue à tout le dos et en différents points du corps. Cet état de furonculose n'est amélioré ni par l'ingestion de l'étain, ni par l'autohémothérapie. Au vingt-troisième jour de son entrée à l'hôpital Beaujon, le malade présente une température à 39°, des douleurs articulaires, myalgies, impotence fonctionnelle, etc... Après quelques jours des signes de localisation se précisent à la partie inférieure de l'avant-bras droit où se forme une tuméfaction très douloureuse. La ponction exploratrice retire quelques gouttes d'un liquide verdâtre et à l'examen direct on constate

d'innombrables staphylocoques ; la préparation semble plus une culture pure qu'un étalement de pus. En même temps, sont apparus des ganglions axillaires. L'hémoculture donne un résultat négatif, cependant le diagnostic que l'on fait est celui de Septicémie (staphylococcique). A cette époque plusieurs traitements médicaux sont essayés sans succès ; électargol, autovaccins, trypaflavine. La température reste toujours entre 38°5 et 39°, les clochers thermiques coïncident avec des poussées articulaires ou musculaires qui n'arrivent pas à collecter et rétrocedent en quelques jours ; on injecte au malade des stocksvaccins sans aucun résultat.

L'état général est véritablement cachectique. Après échec des traitements médicaux variés et prolongés pendant cinq mois, un abcès volumineux s'est collecté à la partie interne de la cuisse droite. Dans les trois jours suivants l'incision est pratiquée et on trouve une vaste poche purulente, mais l'os n'est pas atteint. Immédiatement après l'incision l'état général s'est transformé. La température est descendue à 37°. Le malade reprend des forces et engraisse rapidement ; quatre mois plus tard aucun signe cutané articulaire ou autre d'infection staphylococcique n'est réapparu.

D'autre part, la guérison de l'infection staphylococcique coïncide avec une amélioration incontes-

table des manifestations de la tuberculose pulmonaire.

Observation n° 7. — MM. J. Hallé et P. Rudaux.

Le 31 décembre 1930 entrant salle Guersant, aux Enfants-Malades, une petite fille de cinq ans et demi, conduite par sa mère. Cette enfant, d'apparence un peu frêle, était amenée parce que depuis le jour de Noël elle était malade. Cette affection, qui s'accompagnait d'une fièvre assez modérée, était caractérisée par des douleurs dans les deux membres inférieurs, surtout dans les cuisses et les mollets, et par l'impossibilité presque complète de se tenir debout et surtout de marcher.

A son entrée, l'enfant à une fièvre à 38°5; au lit les jambes sont un peu fléchies, mais l'enfant ne paraît guère souffrir spontanément. Mise debout, l'enfant présente le syndrome de Little; les genoux se rapprochent, les pieds se mettent en extension forcée, les jambes restent fléchies sur les cuisses et les cuisses un peu fléchies sur le bassin.

L'enfant se tient à peine debout et elle accuse des douleurs manifestes qui semblent siéger dans les muscles et non au niveau des articulations qui paraissent libres. Rien aux os, par d'adénopathies inguinales. Aux jambes, les reliefs musculaires sont exagérés et ils s'exagèrent encore à l'occasion d'un effort de marche.

A l'examen des membres inférieurs, on note un état de contracture plus douloureuse de tout le membre qui rappelle absolument la crise d'un membre atteint de tétanos.

Pas de trouble de la sensibilité cutanée. Les réflexes rotuliens et achilléens sont exagérés, mais pas de Babinsky ni de trépidation épileptoïde.

Aucun trouble des sphincters, rien aux membres supérieurs ni au tronc. Néanmoins, au sommet de la tête, on constate la présence de 6 à 8 pustules d'impédigo franchement suppurées.

M. Apert, qu'on avait fait venir, après un examen très attentif, n'ose risquer que quelques hypothèses sans oser conclure.

Le lendemain, même état général, mais la fièvre avait plutôt tendance à baisser. Même contracture permanente, mêmes crises tétaniformes ; par contre, les indurations musculaires s'étant précisées, il nous fut possible d'affirmer qu'il s'agissait de polymyosite aiguë infectieuse.

L'idée d'un tétanos partiel sans aucun trismus était peu probable, il n'y avait en effet aucune plaie des membres.

L'idée d'un syndrome de Little ne pouvait non plus être soutenue, car il s'agissait d'un épisode aigu récent. De plus, l'intelligence était intacte et il n'y avait rien aux membres supérieurs.

Malgré l'exagération des réflexes, une myélite était improbable, car rien aux sphincters et pas de Babinsky.

Une colonne vertébrale indolore et souple ne cadrerait guère avec un mal de Pott. D'ailleurs une ponction lombaire retira un liquide normal.

M. Duhem pratiqua un examen électrique qui ne montra aucun trouble dans les réactions électriques.

Le 4 janvier, le diagnostic de polymyosite infectieuse devenait beaucoup plus aisé. Les indurations des muscles devenaient plus faciles à percevoir, on commence à se rendre compte que ces masses indurées des cuisses et des mollets ont la forme de fuseau allongé dans le sens des fibres musculaires. Les jours suivants la fièvre est tombée, les douleurs moindres, les crises de contracture s'espacent.

Deux jours plus tard, alors que plusieurs masses indurées intra-musculaires se résorbent, l'une d'elles semble se rapprocher de la surface du muscle et adhérer à la couche profonde de la peau. Les jours suivants cette masse prendra l'allure d'un abcès pseudo-phlegmoneux et l'ouverture à la peau deviendra probable.

En effet, les jours suivants, on peut prélever à la pipette un peu de pus crémeux qui, examiné, montre du staphylocoque doré à l'état de pureté. On ouvre l'abcès et au milieu de janvier l'enfant sort guérie. On a guéri également l'impédigo du cuir chevelu.

M. Hallé ajoute qu'il existe des cas où les indurations musculaires se rapprochent très lentement de la peau, sans suppuration, amenant des plaques de dermato myosite à marche lente pouvant arriver à simuler des plaques de scléro-dermies.

« Ici tout porte à penser que la porte d'entrée a été l'impédigo du cuir chevelu et une septicémie par le staphylocoque doré est tout à fait probable. »

Observation n° 8. — Du service de M. le Dr Bensaude

Il s'agit d'un malade qui rentre pour la troisième fois à l'hôpital le 27 juillet 1931 où il a été traité pour plusieurs localisations graves au cours d'une septicémie staphylococcique.

Sa cuisse gauche où il souffre est augmentée de volume surtout en dehors et en arrière. Il n'y a ni chaleur ni rougeur locale. Il n'y a pas d'adénite inguinale. La palpation profonde fait sentir une tuméfaction résistante à la face antérieure de la cuisse. La flexion du genoux est empêchée par de fortes douleurs hyarthrose.

Température 38°, 39°5, les jours suivants l'état général s'aggrave. Le Docteur Raiga ponctionne 400 cc de pus. Il fait un lavage au bactériophage, suivi d'injection de 20 cc, le lendemain la température tombe de 1°.

Le 1^{er} août. Ponction : 215 cc, injection de bactériophage.

La température : 38°-39°.

Le 4 août nouvelle ponction : 180 cc.

Température 38, 39°.

Le 9 août, il retire 135 cc de pus ; Bactériophage.

Autohémothérapie 20 cc. Température 40°.

Le 11 août, cinquième ponction : 430 cc de pus sont retirés.

Le 12 août, sixième ponction, 600 cc. de pus, 60 cc bactériophage.

Autohémothérapie : 20 cc. Température 38°, 39°.

Le 17 août, incision. Service Lejars. Alors : chute de la température vers 37°, 38°5 ; le 12 septembre on enlève le dernier drain, au milieu d'octobre le malade quitte l'hôpital.

Observation n° 9. — MM. J. Cathala. Mégnien. Strée

D..., soixante et un ans, cireur de parquets, entre le 7 mai 1931 à l'hôpital. Examiné le lendemain il se plaint essentiellement de douleurs dans le membre inférieur gauche. Les douleurs sont apparues quinze jours auparavant et se sont nettement accentuées ces deux derniers jours. Elles sont surtout vives dans la cuisse gauche.

« L'aspect est celui d'un état toxi-infectieux sévère. Le tégument est légèrement jaune, le faciès, terreux, les conjonctives injectées. Le malade est amaigri. Le faciès exprime l'inquiétude et la souff-

france. Le malade gémit pendant l'examen, ensuite retombe dans une sorte de torpeur résignée.

Il se plaint des membres, surtout de la cuisse gauche. Cependant l'examen de ceux-ci est négatif. Il n'y a ni gonflement, ni chaleur locale. La mobilisation des différents segments et la palpation des masses musculaires sont douloureuses, mais on obtient une résolution suffisante pour se convaincre que les articulations de la hanche et du genou sont libres. Pas d'adénopathie.

L'examen des autres appareils est négatif. Rien au poumon. Abdomen souple. Foie perceptible à 4 cm. sous le rebord costal. Rate légèrement augmentée de volume. Tension artérielle : 30-10 (tension moyenne 13). Albuminurie légère, forte urobilinurie.

Température : 39°, aucun diagnostic n'est porté. Les myalgies, le subictère, l'injection conjonctivale chez ce malade prostré et fébrile fait émettre l'hypothèse d'un début de spirochétose.

Le 9 mai, état stationnaire : 39°5.

Le 10 mai, état général plus grave, 40°. L'hypothèse d'un ictère infectieux ne paraît pas se confirmer. Rien de particulier du côté des membres, dont le malade se plaint toujours.

Le 11 mai, état général inquiétant. Température 40°3; langue sèche, pouls très rapide.

Les phénomènes locaux se sont précisés. La cuisse

gauche est fortement augmentée de volume en masse. La peau qui a conservé sa coloration normale est plus chaude, plus tendue. La palpation profonde dans l'ensemble douloureuse l'est particulièrement à la face externe partie moyenne et à la face interne au-dessus du condyle. Pas d'adénopathie. On a l'impression qu'il existe un phlegmon sous-aponévrotique avec du liquide sous tension.

L'idée d'une ostéomyélite paraît bien peu vraisemblable chez cet homme de soixante et un ans. Peut-être ce cireur de parquets, a-t-il à la suite d'une rupture musculaire un hématome suppuré ? mais dans les antécédents immédiats on ne relève aucun traumatisme, aucune douleur locale subite ayant précédé la période infectieuse. On s'arrête au diagnostic de septicémie avec myosité aiguë et on fait une hémoculture.

M. Proust accepte cette interprétation et conseille d'intervenir immédiatement.

Intervention (Mégny) Anesthésie générale. Incision latérale externe du $\frac{1}{3}$ moyen au $\frac{1}{3}$ inférieur sur 15 centimètres, incision de l'aponévrose sur la même longueur Oedème gélatineux, blanc jaunâtre sous-aponévrotique. Le muscle est grisâtre et friable. Incision jusqu'à l'os qui est d'aspect et de consistance normale, abondante issue de sang noirâtre.

Contre incision purement cutanée sur la partie

interne du genou au niveau de la zone pseudo fluctuante, œdème gélatineux ; au niveau de l'incision externe, l'hémostase est difficile.

Prélèvement de sérosité hémorragique et de muscle.

Le 12 mai. État général meilleur. Température 39°2
La plaie ne laisse couler qu'une sérosité sanglante, pas de pus.

Injection intraveineuse de 10 cc. de trypaflavine,
le 13 mai : température 40°. État grave. Seconde
hémoculture, décès le 14 mai.

Résultats des examens de laboratoire. — Les deux
hémocultures sont positives : staphylocoques dorés —
l'examen direct et la culture des liquides prélevés à
l'intervention donnent du staphylocoque.

Un cobaye inoculé le 8 mai avec 5 cc de sang fait
ue escarre locale et survit.

Le fragment du muscle quadriceps crural prélevé
à l'intervention montre un œdème interfasciculaire
important, remarquablement pauvre en cellule dia-
pedetiques. Les faisceaux musculaires ont perdu leur
striation et apparaissent comme des blocs homogènes
en dégénérescence nécrotique hyaline. On n'a pu
retrouver de germes sur les coupes colorées par la
méthode de Claudius.

L'autopsie n'a pu être complète, nous avons pu
seulement vérifier qu'il n'existait pas d'endocardite.

*Observation n° 10. — Myosite staphylococcique
du quadriceps fémoral à évolution froide*

Par M. Huard. Rapport de M. Ch. Lenormant.
novembre 1932.

Sénégalais de vingt et un ans, évacué d'Algérie avec le diagnostic d'adénopathie tuberculeuse de l'aîne gauche, entré le 1^{er} octobre 1931 à l'hôpital Michel Lévy à Marseille.

Il s'agit d'un sujet très amaigri, malade depuis deux mois, et porteur d'une tuméfaction située au niveau de la pointe du triangle de scarpa. Cette tuméfaction, froide, dure, fait un relief de la largeur d'une paume de main, immédiatement en dehors des battements des vaisseaux fémoraux. Elle donne, à un examen minutieux, la sensation très nette de fluctuation profonde. Cependant, plusieurs ponctions ne ramènent qu'un peu de sang. La lésion n'a aucun rapport avec les vaisseaux, les nerfs, ou le squelette de la cuisse. Il existe à la racine de la cuisse de nombreux petits ganglions inguinaux cruraux, comme cela est très fréquent chez les indigènes, mais ces ganglions sont nettement isolés de la tuméfaction ; cliniquement, celle-ci siège dans le quadriceps. Pas de fièvre. La formule sanguine est sensiblement normale. Dans les antécédents, longue période fébrile et éruption de nombreux furoncles, dont les cicatrices sont visibles et dont le malade se rappelle fort bien.

Opération le 8 octobre sous rachi-anesthésie, incision exploratrice parallèle aux vaisseaux fémoraux, mais un peu déjetée en dehors par rapport à eux. On reconnaît le paquet vasculaire, qui est sain, et on met à vue le bord interne du vaste interne. Ce muscle n'a ni sa couleur, ni sa consistance, ni son élasticité habituelles. Il est lardacé, amianté, grisâtre ; il ne réagit pas aux excitations de la pince à disséquer ; il est dur et ligneux. Une incision est faite au travers du muscle malade, à une profondeur d'environ deux travers de doigt, on tombe sur une poche de pus vert, d'apparence froide. La poche purulente est vidée à l'aspirateur électrique, asséchée et nettoyée. Elle est uniloculaire, parfaitement close et sans rapport avec le fémur. Un fragment important du muscle malade est réséqué. Puis après mise en place d'un petit drain médian, on fait une suture totale, par des crins capitonnant la poche purulente et noués sur la peau.

Les suites opératoires sont apyrétiques et la cicatrisation se fait après un léger suintement, en moins de quinze jours.

Le malade soumis à des injections d'insuline engraisse très rapidement, et après une mise en observation prolongée durant trois mois sort de l'hôpital complètement guéri.

Détail des examens de laboratoire :

1^o Examen direct et culture du pus prélevé au cours de l'intervention : il s'agit uniquement de staphylocoque blanc à l'état pur.

2^o Inoculation au cobaye d'un échantillon de pus et de muscle prélevés opératoirement : l'animal, sacrifié au bout de quarante cinq jours n'a présenté aucune lésion d'ordre tuberculeux.

3^o Examen anatomo-pathologique d'un fragment du muscle (médecin commandant Montel).

a) Pas de germes sur les coupes colorées ;

b) Œdème interfasciculaire important, riche en cellules diapedétiques qui infiltrent considérablement le tissu conjonctif ; les leucocytes s'organisent en certains points, créant presque de petits abcès et on note une certaine tendance à la nécrose. Les parois des vaisseaux sont épaissies et infiltrées.

c) L'infiltration du tissu conjonctif déborde largement ce dernier jusque dans les interstices des fibres musculaires et forme à leur intérieur de petits nodules infectieux. L'inflammation a gagné le muscle proprement dit. Les fibres sont dissociées ; en certains points, elles se résorbent et disparaissent, il y a remplacement des myofibrilles par du tissu granuleux. Donc myosite inflammatoire.

Observation n° 11

L'observation suivante de M. le Professeur Lenormant est rattachée par lui au groupe des myosites chroniques torpides, de même nature que l'observation précédente (bien que l'examen bactériologique n'ait pas été effectué).

« Elle concerne un homme de 37 ans, de nationalité russe, mais ayant toujours vécu en Europe, qui entre à la Pitié en avril 1931, pour une tumeur siégeant à la région antérieure de la cuisse droite ; cette tumeur, de consistance ferme, dure, nullement fluctuante, paraissait faire corps avec le quadriceps, mais se mobilisait sur le fémur. Elle s'étendait de l'articulation du genou à la partie moyenne de la cuisse ; au-dessus, le muscle reprenait sa consistance normale. La peau œdématiée adhérait à la tumeur. Indolence complète, intégrité de mouvement de l'articulation du genou, malgré l'existence d'un léger épanchement (choc rotulien). A la radiographie, le fémur paraît normal. Pensant à une tumeur musculaire, probablement sarcomateuse, j'intervins pour faire une biopsie. J'incisai sur le devant de la tumeur : la peau était normale, mais l'aponévrose très épaissie ; j'excisai un fragment en coin du muscle sous-jacent, pénétrant en profondeur jusqu'à l'os ; le tissu musculaire est dur, d'aspect entièrement fibreux et crie sous le bistouri. A la limite supérieure de l'incision, apparaît

une traînée d'aspect fongueux : je prolonge l'incision de ce côté et je pénètre dans une vaste poche tapissée de fongosités, et contenant un liquide séropurulent ; cette poche remonte en contournant la face externe de la cuisse, jusque vers la région trochantérienne, elle s'enfonce dans l'épaisseur du quadriceps, entre le droit antérieur et le crural. En aucun point, le fémur n'est dénudé, un fragment de la paroi de la poche est enlevé pour examen histologique ; la cavité est nettoyée à la compresse et drainée, suture des muscles et de la peau. La cicatrisation s'est faite progressivement et le malade quittait le service complètement guéri au bout de six semaines.

L'examen histologique a donné les résultats suivants : 1^o paroi de la poche suppurée, aucun caractère spécifique, telle que la tuberculose. Il s'agit d'une inflammation subaiguë à polynucléaires et plasmocytes de caractère banal ; 2^o fragment prélevé sur le muscle quadriceps, les fibres musculaires sont rares, étouffées dans un tissu fibreux très dense, avec des traînées inflammatoires, et des manchons plasmocytaires autour des vaisseaux.

Observation n^o 12. — M. Louis Bazy.

Il s'agissait d'une malade qui avait été atteinte autrefois d'une ostéomyélite du tibia et qui présentait dans l'épaisseur des muscles du mollet une tumé-

faction suppurée, d'allure froide, évoluant ainsi depuis si longtemps que nous avons fini par concevoir un doute sur la nature de la lésion osseuse dont elle avait souffert autrefois. Cependant, la ponction pratiquée et l'examen bactériologique effectué dans les conditions les plus rigoureuses et à plusieurs reprises, montrait qu'il s'agissait incontestablement d'un abcès à staphylocoque et que le bacille de Koch n'était pas en cause. J'avais traité cet abcès par la bactériothérapie et j'en avais fait mention à l'époque parce que j'avais pu suivre progressivement, sous l'influence de celle-ci, la stérilisation de cet abcès. En même temps que les microbes disparaissaient et comme il est d'ailleurs normal, la réaction scléreuse de la périphérie de cet abcès s'était exagérée, si bien que j'ai pu enlever cet abcès, sans l'ouvrir comme une véritable tumeur et obtenir une réunion par première intention.

Observation n° 13. — M. Bazy

Un homme porteur de lésions staphylococciques de la face, reçoit sur la partie antérieure de la cuisse une pièce de viande congelée. Le muscle quadriceps fémoral, pris entre ce corps dur et le fémur présente un large foyer de contusion, qui, secondairement, s'infecte. Ainsi qu'il était aisé de le prévoir, et comme je l'avais effectivement supposé, la suppuration du

muscle était due à un staphylocoque qui présentait les mêmes caractéristiques bactériologiques que celui des lésions de la face.

Observation n° 14. — M. Le professeur Cunéo.

J'ai observé un cas d'abcès subaigu, développé dans le quadriceps. Il s'agissait d'un colonial d'une cinquantaine d'années ayant eu du paludisme. Ce malade présentait une masse développée dans l'épaisseur du quadriceps, cette masse n'adhérait pas à l'os, mais se fixait par la contraction musculaire. D'abord indurée, la tuméfaction se ramollit et devint fluctuante, et en raison d'une température d'ailleurs modérée (37°9, 38°2) je fis le diagnostic d'abcès chaud, indépendant de toute lésion osseuse. J'incisai cet abcès qui contenait un pus peu épais, dans lequel l'examen bactériologique fit découvrir la présence du staphylocoque. Je ne pus découvrir aucune étiologie précise, ni piquûre, ni traumatisme pouvant faire penser à un hématome suppuré. Il s'agissait donc d'un abcès chaud, idiopathique, développé dans le quadriceps. Je vous rapporte ce fait en raison de la rareté certaine des faits de ce genre.

Observation n° 15. — M. Picot

Ce cas concerne un enfant de 7 ans, entré à Bretonneau, pour un abcès d'allure froide des deux mol-

lets. Le début n'en pouvait être précisé tant il avait été torpide, l'enfant ne souffrait pas, ne boîtaît pas et était venu à pied à l'hôpital.

Lorsque je vois cet enfant, je constate dans les deux jumeaux, de chaque côté, la présence d'une tuméfaction fluctuante indolore, entourée d'une coque dure, et je pense à des abcès froids d'origine bacillaire. La radiographie ne montrait aucune lésion osseuse. J'apprends par l'observation que cet enfant a eu quelques semaines auparavant une éruption furonculaire assez tenace et qui avait duré longtemps. Je dois avouer, je ne fais pas attention à ces antécédents et je décide d'opérer l'enfant par extirpation pure et simple de ces abcès froids. Je commence par le côté droit.

Au cours de l'opération, la collection est ouverte et il s'échappe un pus un peu épais, jaunâtre. La poche est nettoyée des débris qu'elle contient, le muscle est bien mis à nu par la dissection, j'efface la cavité par des crins placés profondément.

Les suites sont simples. Une légère rougeur autour des crins qui coupent un peu. Cicatrisation complète en quinze jours. Pendant ce temps, j'apprends que le pus de cet abcès n'est pas tuberculeux. C'est une suppuration à polynucléaires et à staphylocoques dorés.

Après guérison du côté droit, j'opère le côté gauche de la même façon et l'enfant guérit rapidement.

Observation n° 16. — M. Picot

Un enfant de cinq ans entre dans le service le 18 janvier dernier pour une douleur de la cuisse droite. Ces douleurs qui datent de quelques jours ne sont pas très marquées puisque l'enfant se promène. Sa mère raconte que trente jours auparavant, cet enfant est tombé sur la cuisse droite. Il n'en a cependant, sur le moment, ressenti aucune douleur ni aucune gêne. Le mois précédant sa chute, cet enfant avait fait une poussée de furonculose.

Quinze à vingt jours après l'accident, l'enfant commence à boîter et à souffrir.

Lorsque j'examine cet enfant qui présente à la face externe de la cuisse droite, profondément placée en plein quadriceps, une tuméfaction assez dure mais fluctuante ; ma première pensée est qu'il s'agit d'une ostéomyélite du fémur, car la température est à 38°5. Mon interne, M. Marx, incise cette collection qu'il trouve en plein muscle et loin du fémur. Elle contient un pus rougeâtre, épais, débris musculaires sphacelés en suspension dans le pus. La cicatrisation se fait rapidement et l'enfant quitte l'hôpital le 29 janvier, soit 12 jours plus tard, complètement cicatrisé.

Je viens de revoir cet enfant, ainsi que sa radiographie. Il reste guéri et le film montre que le fémur est intact.

Examen microbiologique : staphylocoque doré.

Observation n° 17. — M. Picot

Un cas de myosite suppurée aiguë chez un enfant opéré d'une ostéomyélite de l'os iliaque et du radius gauche. Chez cet enfant, il s'était formé dans la masse des adducteurs du côté droit une collection suppurée, sans connexion avec le squelette. L'incision de l'abcès soulagea l'enfant, mais ne modifia pas la température avant plusieurs jours.

Microbe pathogène : staphylocoque doré.

Observation n° 18. — M. Picot

Un cas de myosite suppurée, d'évolution aiguë, simulant une ostéomyélite de la rotule avec abcès du quadriceps. A l'incision, on ne trouve pas de lésion de la rotule, mais une collection en plein muscle.

Germe en cause : staphylocoque doré.

Observation n° 19. — MM. Yovtchitch, Vassitch (Belgrade).

D. J..., 13 ans, garçon, nous est envoyé le 31 octobre 1932 par un collègue pour une affection abdominale ayant débuté apparemment depuis une dizaine de jours.

Il s'agit d'une tuméfaction douloureuse du grand droit de l'abdomen, à siège para-ombilical, en galette, de dimension d'une pièce de cinq francs, intramusculaire, mobilisable dans le sens latéral lors du

relâchement de celui-ci, s'immobilisant à la contraction. La peau est modifiée, rouge, on perçoit une fluctuation nette au centre.

Dans les antécédents, on note un coup de poing assez violent ayant précédé de quelques jours les accidents.

Intervention le jour même, sous anesthésie générale. L'incision donne issue à un pus provenant d'une poche intramusculaire. Curetage des parois, mèche, sans suture.

Suites opératoires des plus normales, apyrétiques, guérison complète en quinze jours.

L'examen du pus fait déceler des staphylocoques.

Aucune atteinte staphylococcique antérieure n'a pu être notée à l'interrogatoire.

Observation n° 20. — MM. Youtchitch, Vassitch.

Il s'agit d'un garçon atteint d'une collection du quadriceps dont le début remontait à quelques jours, prise pour une ostéomyélite de l'extrémité inférieure du fémur avec état général assez sérieux.

L'intervention permet un diagnostic de localisation plus précis, il s'agit simplement d'un abcès intramusculaire du quadriceps en voie de sphacèle et ne présentant aucune connexion avec l'os sous-jacent.

A l'examen du pus on trouve des staphylocoques. Guérison obtenue en 20 jours environ.

Observation n° 21 (Observation personnelle)

M. L..., instituteur, 27 ans, entre dans le service de M. le Docteur Récamier pour un abcès de la région fessière droite, suite d'injections intramusculaires de cinnozyl.

Antécédents bacillaires nets au sommet droit en 1920, puis légère atteinte du sommet gauche. Etait actuellement en traitement, et devait partir au sanatorium. En outre, il a eu un anthrax dans l'année 1932.

Opéré le 16 janvier 1933, ouverture de l'abcès, un drain est posé. Les suites opératoires sont bonnes. En quelques jours, la température baisse à 37°, mais en même temps apparaît dans tout le bas de la région lombaire une foule de petits furoncles.

Le 27 janvier, la plaie de la fesse est guérie. Sans plus attacher d'importance aux furoncles, le malade regagne son foyer.

Dix jours plus tard, notre malade se représente à l'hôpital avec 39°5. Cette fois, il a un abcès à la cuisse gauche, aucune piqûre n'a été faite en cet endroit.

Pendant les dix jours d'absence, voici ce qui s'est passé : le malade a continué à soigner ses furoncles, mais au bout d'une semaine, alors que les derniers disparaissaient, commença à s'établir à la partie antérieure de la cuisse du membre du côté où siégeait l'abcès récemment guéri, une douleur d'abord simplement gênante, puis, accompagnée de contracture,

nécessitant l'immobilité du membre en extension.

Cette douleur disparut vers le 6 février, alors que prenait place, symétriquement à l'autre cuisse, une douleur avec contracture. Toutefois, ici la douleur va en augmentant, le membre s'immobilise en extension. La température monte à 39°5, c'est alors que nous le revoyons. La peau est d'aspect normal, la cuisse est augmentée de volume dans sa partie antérieure et moyenne.

La mobilisation active est impossible, les tentatives de flexion passive sont très douloureuses, mais elles aboutissent.

A la palpation on a la sensation que procurerait une tumeur dure, profonde, mobilisable transversalement, siégeant sous la pointe du triangle de Scarpa, plus en dehors.

Cet endroit est le siège du maximum de douleur à la pression. A la racine de la cuisse on trouve un ganglion gros et douloureux.

Une radio ne montre aucune lésion osseuse, les contours du bassin et du fémur sont nets.

Opéré le 7 février M. Récamier incise à la partie moyenne de la face antérieure de la cuisse, on trouve un droit antérieur, augmenté de volume, d'aspect brunâtre. La poche purulente semble également intéresser la partie contiguë du vaste externe. On enlève le pus et un fragment de la paroi de l'abcès

est prélevé en vue d'examen histologique. Il est également prélevé du pus aseptiquement. Une contre-incision entéro-externe est faite, deux drains sont mis en place.

La température monte à 40° le soir, puis le lendemain, mais en trois jours, elle tombe aux environs de 37°. Le 1^{er} mars, le malade quitte l'hôpital. Les dernières traces de l'infection de la cuisse disparaissent ; alors naît une volumineuse adénopathie d'un ganglion de l'aisselle droite qui dura environ un mois. Cette adénopathie, douloureuse, non accompagnée de plaie locale, fermait le cycle des accidents staphylococcémiques.

Examens.

a) Histologique. La paroi de l'abcès creusée dans un muscle strié est constituée par le reliquat de ce muscle en réaction inflammatoire aboutissant à l'œdème et à la suppuration.

Le tissu conjonctif interstitiel considérablement œdématié, est infiltré de cellules lymphatiques et de polynucléaires granuleux. Ceux-ci à la surface de la paroi se nécrosent devenant des globules de pus. Présence d'exsudat fibrineux.

Il s'agit d'une réaction inflammatoire du type que provoquent les microbes pyogènes banaux.

b) Bactériologique :

Pus : nombreux staphylocoques dorés,
hématies,
nombreux leucocytes,
pas de B.K.

Plusieurs faits sont intéressants à noter dans cette observation.

1° Les localisations successives du microbe qui n'élit un nouveau domicile qu'après avoir été délogé de l'ancien.

2° La tentative de localisation à droite, a avorté, y a-t-il eu vaccination régionale du fait de l'abcès fessier ?

3° Ce malade, bacillaire en évolution, a vu son état considérablement amélioré. Aussitôt après la guérison de la localisation musculaire, il a pris trois kilos en une semaine ; sa courbe de poids augmenta régulièrement et après un mois de repos, sans autre traitement, il recommença à faire la classe.

Nous l'avons revu récemment, il nous déclara que son passage à l'hôpital marqua la fin de ses ennuis pulmonaires, et que depuis, sa toux a disparue, et que son expectoration matinale est inexistante. Il garde un bon poids et un excellent état général, tout en étant actif. Sans interpréter ici ce fait, nous le rapprochons de celui observé par MM. Villaret, Bezançon et Fauvert (Observation n° 6).

Observation n° 22. — (Personnelle).

Mme L..., 26 ans, entre le 17 novembre 1934, à l'hôpital Saint-Michel, service du Docteur Récamier. Elle est très abattue, souffre de myalgies et d'arthralgies multiples. Sa température est à 39°8. Elle déclare avoir subi une incision de panaris le 13 novembre, et c'est à la suite de cette intervention que la fièvre, d'abord faible, est apparue beaucoup plus intense, et l'état général aggravé nécessite l'hospitalisation.

Depuis la veille, elle souffre plus particulièrement de la cuisse gauche. Cette douleur est assez vive.

Examen clinique. — On trouve un membre immobilisé en flexion légère et abduction. La peau est d'aspect normal; pas d'œdème ni de rougeur. La cuisse est à peine augmentée de volume par comparaison avec le côté opposé.

La mobilisation passive est partiellement possible et supportable, la mobilisation active est impossible.

La palpation révèle un endroit particulièrement douloureux à la face interne de la cuisse à sa partie moyenne. Nous avons le sentiment qu'il se forme là une localisation septicémique. Nous faisons une prise de sang en vue d'hémoculture.

Le 19 novembre, la température est toujours autour de 40°. La cuisse est nettement augmentée de volume dans la région interne, à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen.

Intervention. — La collection siège dans les adducteurs, le tissu musculaire est pâle, d'aspect gris sale, le pus s'écoule abondamment, c'est un pus franc, bien lié, brunâtre, on en prélève aseptiquement pour en faire l'examen bactériologique.

Le soir de l'intervention, la température monte à 40°2, le lendemain, elle était à 38°, puis, atteignait 37° en une dizaine de jours.

Après avoir pris connaissance des examens de laboratoire, nous interrogeons la malade qui déclara ne pas avoir récemment présenté de furoncle, mais être sujette aux poussées de furunculose.

Examen de laboratoire :

1° Hémoculture, présence de staphylocoque doré ;

2° Pus, quelques staphylocoques, nombreux leucocytes, nombreuses hématies, rares cellules.

Dans cette observation, comme dans la précédente, la localisation septicémique staphylococcique a suivi de près une incision d'un foyer infectieux à germes multiples et ceci dans des terrains furonculoux.

Quatre faits me semblent présider à la genèse de ces deux myosites :

1° le terrain (anthrax du premier sujet, furunculose du second) ;

2° l'état de fatigue : tuberculeux d'une part, malade porteuse d'un panaris de l'autre ;

3° le « tropisme » du staphylocoque pour le muscle ;

4° l'incision, cause déclenchante.

ÉTUDE CLINIQUE

ÉTIOLOGIE

Presque tous les auteurs ont observé l'importance de la fatigue dans la genèse de ces myosites. Scriba la faisait remarquer, Brunon la trouve dans presque tous les cas. Ce sont des frappeurs de monnaie (deux cas), de grands marcheurs, etc... Le malade de M. Cathala était un cireur de parquets, M. Huard, signale la fréquence des myosites chez les nègres surmenés.

En un mot, il s'agit d'individus déprimés, quel que soit d'ailleurs la raison. Convalescence de maladie grave, au cours des affections chroniques, tuberculose, diabète, albuminurie, entérite, etc...

Ces états prédisposent aux atteintes staphylococémiques, (furoncles, etc...) qui pourront être autant de points d'appel directs d'une myosite.

Chez l'adulte, on trouve comme portes d'entrées, le furoncle, le phlegmon, le panaris, l'ostéomyélite, la tourniole.

Chez l'enfant, Hutinel, signale l'impédigo, l'eczéma,

la gale, les érosions fessières, le pemphigus, les éruptions — celle de la varicelle surtout — comme point de départ de septicémie staphylococcique.

Pourtant, dans certains cas, rares d'ailleurs, (observation 16 de M. Cunéo) il n'y a pas de porte d'entrée apparente. Mais on sait l'aptitude du staphylocoque à vivre à la surface des muqueuses et la grande perméabilité de celle de l'intestin à ce microbe (Calmette). L'hypothèse du passage du germe par cette voie, ou par une excoriation bucco-pharyngée ignorée paraît très vraisemblable en l'occurrence.

Du point de vue du sexe. On observe surtout la myosite chez l'homme ; la raison nous en semble tout simplement résider dans le fait que ce dernier est plus souvent surmené.

Modes de propagation du staphylocoque dans l'organisme :

a) Les staphylocoques peuvent emprunter la voie lymphatique. Dans l'eczéma se compliquant de staphylococcémie, on a trouvé leur présence dans les tissus épidermiques sous la couche cornée, puis dans les vaisseaux lymphatiques du tissu cellulaire graisseux sous-cutané.

Des vaisseaux lymphatiques de la peau, ils sont transportés par la lymphe dans les ganglions, déterminant sur leur passage des traînées de lymphangite et même des abcès lymphangitiques.

Dans les ganglions, leur marche est retardée, parfois enrayée, ou bien le ganglion envahi peut aller jusqu'à la suppuration, ou bien rester sain en apparence, mais il laisse passer les staphylocoques vers le canal thoracique et la veine sous-clavière.

b) Mais la pénétration microbienne peut se faire directement dans les vaisseaux sanguins ; car on constate sur des coupes de peau suppurée, la présence d'amas de staphylocoques libres ou englobés dans des concrétions fibrineuses, dans les capillaires situés au-dessous du foyer purulent. L'action vasodilatatrice intense de la toxine staphylococcique (Arloing) doit favoriser la progression du microbe vers le sang.

Dès lors, au cours de la septicémie, le muscle pourra être un des sièges de localisation de l'affection. (C'est d'ailleurs, il faut l'avouer, une éventualité relativement rare).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

a) *Macroscopiquement* :

Souvent, il s'agit de muscle des membres inférieurs (de la cuisse surtout).

Au début de l'infection, le muscle est rouge, jaune-brun, tuméfié. Quand le pus apparaît, le muscle prend l'aspect d'une tumeur brunâtre molle.

Dans le pus, on trouve des faisceaux musculaires dégénérés, de teinte jaunâtre, lorsque la suppuration se produit, le pus est d'une couleur brune due aux débris des fibres musculaires qu'il contient et aux hémorragies qui se produisent à la surface de la paroi de l'abcès.

Tout autour du foyer de myosite, le tissu sain réagit et il se produit une sorte de coque fibreuse qui enkyste plus ou moins la lésion musculaire.

b) *Histologiquement* :

Au début, on assiste à une congestion intense, une infiltration leucocytaire entre les faisceaux musculaires. Puis, cette inflammation interstitielle gagne les fibres, celles-ci entrent en dégénérescence

cireuse, granulo-graisseuse, ou bien se fragmentent irrégulièrement en gardant leur striation. Dans les formes suraiguës, la fibre musculaire est « tuée en bloc » (Durante) et il n'y a pas de réaction des noyaux du sarcolème ; au contraire, dans les formes subaiguës, ces noyaux se multiplient abondamment.

Dans les formes torpides, lentes, on assiste à un gros développement du tissu fibreux autour de l'abcès.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic est plus ou moins aisé suivant les cas envisagés.

Si la myosite n'est qu'un épisode au cours d'une staphylococcémie déclarée, il s'impose. S'il s'agit d'une forme d'apparence « primitive » cela est plus délicat. On se trouve alors souvent en présence d'un tableau d'infection générale, associé à des signes locaux. Les signes généraux n'ont pas de caractère propre, on peut aussi bien voir arriver le malade à pied, ou au contraire le trouver en état de tumphos ; ils peuvent tout au plus suggérer l'idée d'une hémoculture, premier aiguillage vers le diagnostic, quand toutefois, elle est positive. Souvent, on retrouvera la porte d'entrée du microbe.

Le diagnostic sera fait sur les signes locaux, les téguments sus-jacents sont primitivement d'aspect normal quand ils rosissent, ce n'est que tardivement et ils sont rarement œdématiés.

La douleur apparue tôt, est souvent vive, elle entraîne la contracture par appréhension (Hayem) du groupe musculaire où siège la lésion. Cette contrac-

ture détermine le membre à rester en flexion, s'il y a lésion des fléchisseurs, en extension si les extenseurs sont touchés, etc...

La mobilisation passive est douloureuse, mais elle peut être obtenue en s'entourant de précaution. La mobilisation active n'est pas possible, sauf dans quelques cas rares d'évolution torpide.

La palpation exalte la douleur, permet de percevoir une tumeur dure, (nombre d'auteurs ont insisté sur ce signe) profonde, bien circonscrite, peut souvent être mobilisée transversalement, elle est située loin des tendons, en plein muscle, épousant parfois leur forme allongée « en fuseau », (Observation n° 7 de M. Hallé). Il y a une grosse augmentation de volume de l'organe. Parfois la tuméfaction locale est le seul signe (Observation n° 17).

Il y a souvent absence d'adénopathie.

Diagnostic différentiel

Les aspects cliniques sont si divers, que nombre de diagnostics ont été envisagés. Ils ont pu être éliminés, mais le fait de les avoir retenus, ne fut-ce qu'un instant, nous les fait signaler. L'observation n° 7 de M. Hallé est assez typique de ce point de vue.

On a pu penser à une fièvre typhoïde (Observation n° 11). La contracture a pu évoquer l'idée d'un tétanos local.

Les rhuma'ismes infectieux peuvent être écartés, car les articulations sont mobilisables et d'autre part, dans le rhumatisme, il n'y a pas de contracture.

La myosite a pu être prise pour un sarcome (Observation n° 13).

L'érysipèle en cas de rougeur de la peau n'est pas admissible car la lésion n'est pas superficielle uniquement. (Velpeau).

La phlébite, surtout si elle est profonde, peut imiter une myosite. La rougeur, l'œdème, etc... éclairent le diagnostic.

Le phlegmon diffus. Malgré le mot de Grisolle « la myosite ne saurait être prise pour un phlegmon diffus ». Ce ne fut pas le cas dans l'observation n° 9, de MM. Cathala, Méguien et Strée, où on avait l'impression d'un phlegmon sous-aponévrotique avec du liquide sous tension. Il n'en reste pas moins que le plus souvent la myosite est bien circonscrite.

Le siège profond de la lésion et ses caractères évolutifs dans les formes torpides, ont pu faire penser à des abcès froids en rapport ou non avec une lésion osseuse (Observation 13 et 14). Dans un cas aigu, chez un bacillaire, nous avons pu penser à un abcès froid réchauffé.

Dans tous les cas, la nature staphylococcique de la lésion pourra être prouvée par l'hémoculture et l'examen du pus. L'anatomie pathologique permettra d'affirmer la myosite.

FORMES CLINIQUES

Nous n'énumérerons pas tous les aspects des myosites streptococciques, ils sont dépeints dans les observations. Nous nous contenterons de faire remarquer leur grande variété de formes et de gravité. Nous insisterons néanmoins sur l'existence des formes chroniques à évolution torpide, publiées ces dernières années, depuis le rapport de M. le Professeur Lenormant à la Société de Chirurgie.

ÉVOLUTION — PRONOSTIC

L'évolution des formes aiguës et subaiguës se fait le plus souvent au maximum en quelques mois, au minimum en quelques semaines, vers la guérison après incision.

A ces formes, on peut opposer les myosites chroniques, torpides, plus prolongées qui guérissent d'ailleurs aussi rapidement, après intervention chirurgicale.

On a pu constater des guérisons spontanées (obs. 1 et 2). En général, il a fallu ouvrir l'abcès. La guérison consécutive à l'incision, n'empêche d'ailleurs pas le microbe de pouvoir évoluer ailleurs par la suite.

Abrami et Worms, insistant sur la bénignité des myosites à staphylocoques, signalaient qu'un seul malade était mort sur 51 atteints de cette affection. Nous ajoutons deux cas mortels, (Observations n° 5 et 9).

Néanmoins, sans ignorer l'existence des formes graves, le pronostic est bon dans la majorité des cas.

TRAITEMENT

La myosite n'étant souvent qu'une complication d'un état septicémique, il est logique d'attaquer l'infection générale d'une part, et de traiter la lésion locale.

Contre la staphylococcémie, on a essayé sans succès décisif, l'électrargol, les sels d'étain, l'hydroxyde de bismuth, la tryptaflavine, les stok vaccins, les auto-vaccins, le bactériophage, l'auto-hémothérapie, etc... Ce sont là des éléments thérapeutiques à ne pas dédaigner. Il est vraisemblable que ces différents produits (vaccin et autohémothérapie surtout d'ailleurs) aident l'organisme à localiser l'infection et les deux cas mortels, n° 5 et 9, sont précisément ceux où la localisation ne s'était pas produite.

De ce même point de vue, la méthode de Fochier semblerait devoir être préconisée. Le staphylocoque se contente souvent d'un asile à la fois (Observation n° 23 par exemple), pourquoi ne pas le lui choisir nous-mêmes avant de le laisser se fixer dans des organes nobles.

Le traitement insulinique aurait donné de bons résultats (Huart).

Quant au traitement local, il n'en existe qu'un : l'incision. A ce sujet, il suffira de consulter les observations n° 8 et 14. La huitième surtout, où l'auto-hémothérapie, les injections massives de bactériophage, laissaient la température à 39° durant des semaines. La fièvre tomba à 37°5 le lendemain de l'incision. En ce qui concerne l'observation n° 14 de M. Bazy, on y assiste à la stérilisation du pus, progressivement, mais on doit finalement se résoudre à inciser.

L'inefficacité de ce genre de traitement s'explique, si l'on pense à la coque réactionnelle dont est faite la paroi de l'abcès ; par contre, l'incision avec suture primitive ou non amènera la guérison.

CONCLUSIONS

1° Dans les antécédents immédiats du malade on retrouve un état de dépression physique lié au surmenage ou à une maladie antérieure ;

2° On retrouve aussi fréquemment un passé de furonculose, un « terrain » staphylococcique ;

3° De tous les microbes susceptibles de fournir une myosite, le staphylocoque doré, est de beaucoup le plus souvent en cause (51 cas sur 63 myosites, dans une statistique MM. Abrami et Worms).

4° L'introduction du staphylocoque peut être due à toutes les lésions cutanées, muqueuses, osseuses ou cellulaires infectées par ce dernier. Mais le microbe est parfois introduit par effraction au cours de l'incision d'un panaris ou d'un abcès. (C'est le cas de nos deux observations). Aussitôt après l'incision de l'abcès musculaire nous avons également constaté des poussées de fièvre à 40°.

5° Il est classique de dire, « les muscles atteints sont, par excellence, les muscles travailleurs de l'économie » (Roeseller). Nous préciserons qu'excepté

quelques cas, les membres inférieurs (cuisse) sont presque uniquement touchés.

6° Le muscle est rarement seul le siège de manifestations staphylococciques, hormis quelques cas (tel celui de M. le professeur Cunéo, observation n° 16), on retrouve la porte d'entrée et d'autres manifestations septicémiques accompagnent la myosite.

7° Chez deux tuberculeux guéris de myosite staphylococcique, nous avons constaté aussitôt après (Observations n° 6 et 23) une amélioration nette de leur bacillose. Nous n'en concluons pas que la guérison de la staphylococcémie amène la guérison de la tuberculose, (ce serait pourtant bien beau), mais nous supposons que les poussées bacillaires coïncidaient avec un état de dépression lié à la présence du staphylocoque dans l'organisme. Supprimant la cause on aurait supprimé l'effet.

8° Le diagnostic présente souvent des difficultés, il est donc utile, de préférence, en plein accès fébrile, de faire une hémoculture et aussi de ponctionner du pus en vue d'examen. Et même alors, on ne peut affirmer l'existence d'une myosite qu'après contrôle de la lésion du tissu musculaire. Il ne faut pas méconnaître les formes chroniques torpides, facilement prises pour un abcès froid.

9° Le pronostic peut être très grave ; il est le plus souvent bénin, il dépend de la résistance du malade,

de la virulence du microbe, mais surtout des localisations ultérieures toujours possibles.

10° Le traitement est avant tout chirurgical. Dès que le pus se forme, on pratique l'incision suivie de drainage, ou la suture primitive, après excision des parois de la poche.

Le traitement médical est un utile adjuvant pour activer la localisation du microbe, il n'a pas d'action efficace sur un foyer de myosite constitué.

Dans les cas graves, il sera bon de surveiller l'état général du malade.

Après la cicatrisation, si cela est nécessaire, on favorisera le fonctionnement du muscle à l'aide de massages, de courant de haute fréquence, d'hydrothérapie, etc...

Vu:
Le Doyen,
ROUSSY.

Vu :
Le Professeur, Président de thèse,
LENORMANT.

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- Scriba** (Tokio). — *Deut. Zeitschrift. f. chir.*, (1885).
- Brunon**. — Thèse, Paris, 1887.
- Miake**. — *Creuzzebies. der Med. U. chir., orenzgebies der med. U. chir.*, t. XIII.
- Chassaignac**. — *Traité pratique de la suppuration et du drainage chirurgical* (1859).
- Grisolle**. — *Traité élémentaire de pathologie externe*.
- Roeseler**. — Thèse, Paris (1875).
- Hayem**. — *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* (1876).
- Velpeau**. — *Leçons sur la myosite*, (Gaz. des Hôp., 1849).
- Zenker**. — *Archives générales de Médecine*, (1860).
- *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*, 1877.
- Matignon**. — Thèse, Paris, 1922.
- Thiers**. — *Pathologie chirurgicale*, t. I.
- Arloing, Dufour et Langeron**. — Congrès français de médecine, 1927).
- Nedelkoff**. — Thèse, Paris, 1932.
- Abrami et Worms**. — *Bull. Soc. méd. des hôpitaux*, 1930.
- Cathala, Meggien et Stree**. — *Société médicale des hôpitaux*, 1931.
- Halle**. — *Bulletin de la Société de Pédiatrie*, 1931.
- M. le Professeur Lenormand, MM. Huart et L. Bazy**. — *Bulletin Société Nationale de Chirurgie*, 1932.
- M. le Professeur Cuneo, M. Picot et MM. Jovtchich et Vassitch**. — (Belgrade). *Bulletin de la société nationale de Chirurgie*, 1933.

Imp. F. BOISSEAU, 34, rue du Taur — Toulouse

